

# Avaliando a motivação para mudança em dependentes de cocaína<sup>1</sup>

## *Assessing the motivation to change in cocaine dependents*

Mylène Magrinelli **ORSI**<sup>2</sup>  
Margareth da Silva **OLIVEIRA**<sup>3</sup>

### Resumo

O objetivo desta pesquisa foi estudar a motivação para a mudança em indivíduos internados por dependência de cocaína através de um delineamento transversal e correlacional. A amostra era composta por 70 indivíduos de ambos os sexos, idade média de 28,67 anos. Foram utilizados os seguintes instrumentos: Escala de Intensidade de Dependência de Cocaína, *Beck Depression Inventory*, *Beck Anxiety Inventory* da *University of Rhode Island Change Assessment*. A intensidade da dependência de cocaína foi avaliada como leve para 15,7% da amostra, moderada para 54,3% e grave para 30%. A média dos escores do *Beck Anxiety Inventory* foi 11,39 pontos e do *Beck Depression Inventory* 17,31 pontos. As médias dos escores nas subescalas da *University of Rhode Island Change Assessment* foram: 17,03 na pré-contemplação, 35,63 na contemplação, 35,10 na ação e 38,33 na manutenção. Encontrou-se uma correlação significativa entre os sintomas de depressão e a ansiedade e a gravidade da dependência, sugerindo que os indivíduos com grau de dependência mais elevado possuíam maior intensidade de sintomas de depressão e ansiedade.

**Palavras-chave:** adultos; cocaína; dependência química; motivação.

### Abstract

*The objective of this research was, through a transversal and correlation study, the motivation to change assessment in cocaine dependents who were in detoxification process in a hospital. The sample was composed by 70 subjects, whose mean age was 28,67 years old. Cocaine Addiction Severity Test, Beck Depression Inventory, Beck Anxiety Inventory from the University of Rhode Island Change Assessment had been applied. According to the results, the severity of cocaine dependence was light to 15,7% of the subjects, moderate to 54,3% and severe to 30,0% of them. The average of Beck Anxiety Inventory was 11,39 points, and the Beck Depression Inventory reached 17,31. The University of Rhode Island Change Assessment subscales have got 17,03 at Pre-Contemplation, 35,63 at Contemplation, 35,10 at Action and 38,33 at Maintenance. It has been found significant correlation between depression and anxiety symptoms and the severity of dependence, which suggests that the most anxious and depressed subjects, were the ones who had the highest level of dependence.*

**Key words:** adults; cocaine; drug addiction; motivation.

▼▼▼▼▼

<sup>1</sup> Artigo elaborado a partir da dissertação de M.M. ORSI, intitulada "Padrões de consumo e motivação para mudança em dependentes de cocaína". Programa de Pós-graduação em Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. 2004.

<sup>2</sup> Professora Doutora, Curso de Psicologia, Faculdades de Taquara. Av. Oscar Martins Rangel, 4500 (RS 115), 95600-000, Taquara, RS, Brasil. Correspondência para/Correspondence to: M.M. ORSI. E-mail:<mypsi2002@yahoo.com>.

<sup>3</sup> Professora Doutora, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, RS, Brasil.

Agradecimentos ao Dr. Flávio Pechansky (CPAD-UFRGS), ao Dr. Marcelo Ribeiro Araújo (UNIAD-UNIFESP), equipes dos locais de coleta dos dados.

Dados do Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID), (Carlini, Nappo, Galduróz, 1993) mostram que, apesar da cocaína não ser atualmente a droga que mais causa danos à população brasileira, o aumento progressivo de seu consumo em alguns segmentos da população começa a ser preocupante. De acordo com o I Levantamento Domiciliar Nacional Sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas envolvendo as 24 maiores cidades do Estado de São Paulo (Galduróz, Noto, Nappo & Carlini, 1999), a prevalência na vida do uso de cocaína foi de 2,1%, o equivalente a 318 mil pessoas, sendo referido que essa porcentagem é relativamente próxima à encontrada no Chile (2,5%), Holanda (2,4%) e Dinamarca (2,0%). Entre os entrevistados do sexo masculino, na faixa etária entre 26 e 34 anos, 8,4% já fizeram uso de alguma forma de cocaína.

Em outro estudo de Carlini, Galduróz, Noto, Nappo, Lima e Adiala (1995), o uso da cocaína foi apontado como sendo mais comum no Sul e Sudeste do país, sendo os estados de São Paulo, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul e a Capital Federal, as maiores áreas de consumo. Esse estudo também ressalta que o uso da cocaína costumava ser predominante entre membros das classes média e média-alta, mas nos últimos anos está atingindo as classes média-baixa e baixa, através do uso intravenoso e do crack.

Além disso, Nappo, Noto, Galduróz, Carlini (2001) avaliaram as interações decorrentes do uso de psicotrópicos no Brasil de 1988 a 1999 e afirmam que as interações por cocaína e seus derivados foram as que mais cresceram, passando de 0,8% em 1988, para 4,6% em 1999. Ainda segundo Carlini et al. (1993) o número de interações por cocaína vem aumentando gradativamente no Sul e Sudeste do Brasil (Estados de São Paulo, Rio Grande do Sul e Rio de Janeiro).

A análise desses trabalhos científicos foi, sem dúvida, uma fonte importante de motivação para a realização deste estudo, uma vez que não foram encontradas pesquisas realizadas com amostras de sujeitos internados em função da dependência de cocaína na Região Sul do Brasil.

Um outro fator motivador deste estudo foi o consenso presente na literatura mundial acerca do alto índice de recaídas de indivíduos dependentes químicos, mesmo após um grande número e enorme variedade

de modalidades de tratamento aos quais costumam se submeter ao longo da vida (Prochaska & DiClemente, 1982; Allsop, Saunders, Phillips & Carr, 1997). Surgem as grandes perguntas: "Afinal, o que está faltando nesses tratamentos? O que fazer para torná-los mais eficazes?", e mais do que isso: "O que faz com que algumas pessoas consigam sozinhas modificar comportamentos-problema enquanto outras tantas não o fazem apesar das constantes buscas de tratamento?".

Esse tipo de questionamento tem levado a interessantes avanços na abordagem psicoterápica das adicções. A motivação do paciente, hoje em dia, vem sendo pensada como mais uma tarefa do terapeuta, provavelmente a mais difícil, quando se trata de dependência química.

A presente pesquisa buscou no modelo transteórico a base conceitual para o estudo da motivação para a mudança em pacientes dependentes de cocaína.

O modelo transteórico começou a ser elaborado a partir da análise dos resultados divergentes de diversos estudos, alguns mostravam que a aderência a um tratamento formal faz com que as pessoas modifiquem comportamentos indesejados; outros, no entanto, referiam que as mudanças podem acontecer sem nenhum tipo de ajuda profissional, e outros ainda afirmavam que mudanças bem-sucedidas podem ocorrer com ou sem ajuda profissional (Prochaska, DiClemente & Norcross, 1992). De acordo com Miller (1998), das muitas pessoas com problemas com o álcool que conseguem parar de beber, apenas uma pequena minoria delas utilizou algum tipo de tratamento formal para a dependência.

Em função de tudo isso, o grupo de pesquisa do *Cancer Prevention Research Center da University of Rhode Island* (EUA) tem se dedicado a responder a seguinte pergunta: "Existem princípios básicos e comuns que podem revelar a estrutura da mudança ocorrida com e sem psicoterapia?"

Em 1979, Prochaska buscou identificar, a partir da análise comparativa dos dezoito maiores sistemas de psicoterapia, os processos de mudança comuns a todos eles. Por isso, o modelo que ali nascia foi denominado "transteórico" e teve como seu principal pressuposto que automudanças bem-sucedidas

dependem de fazer coisas certas (processos) no momento certo (estágios) (Prochaska et al., 1992).

O modelo transteórico está focado na mudança intencional, ou seja, na tomada de decisão do indivíduo, ao contrário de outras abordagens que estão focadas nas influências sociais ou biológicas no comportamento. Nesse sentido, as pessoas que modificam comportamentos adictivos tendem a se mover através de uma série de estágios, que envolvem emoções, cognições e comportamentos, independentemente de estarem ou não em tratamento (Velicer, Prochaska, Fava, Norman & Redding, 1998).

Os estágios de motivação para a mudança representam a dimensão temporal do modelo transteórico, e permitem que entendamos quando mudanças particulares nas atitudes, intenções e comportamentos tendem a acontecer. Inicialmente foram idealizados quatro estágios: pré-contemplação, contemplação, ação e manutenção. Posteriormente, foi verificado que entre o estágio da contemplação e o da ação, as pessoas passavam por uma fase de planejamento da ação. Esse período foi denominado determinação e passou a ser incluído como o terceiro estágio (Prochaska et al., 1992). Para os autores, a implicação mais importante de suas pesquisas foi a descoberta da necessidade de, inicialmente, acessar o estágio de prontidão para a

mudança do cliente e só então adequar as intervenções terapêuticas a ele (Prochaska et al., 1992) (Tabela 1).

É importante ressaltar que a motivação para a mudança pode (e parece ser) influenciada tanto pela presença de sintomas psiquiátricos quanto pelo grau de intensidade da dependência. Estudos atuais afirmam que fatores como a presença de sintomas de depressão e ansiedade (Kludt & Perlmutter, 1999; Sofuoglu, Brown, Babb & Hatsukami, 2001) e a gravidade da dependência (Joe, Simpson & Broome, 1999; Nwakeze, Magura & Rosenblum, 2002) parecem estar relacionados a uma diminuição na motivação para a mudança de comportamento considerado problema. Além disso, existem evidências de que uma maior intensidade de sintomas de depressão e ansiedade pode estar também relacionada a uma maior dependência da cocaína (Kasarabada, Anglin, Khalsa-Denison & Paredes, 1998).

A idéia da utilização de um modelo teórico internacional surge a partir da inexistência de um arcabouço teórico, desenvolvido especificamente para amostras brasileiras, acerca dos fatores envolvidos na motivação para a mudança de comportamentos-problema. Sendo assim, nos parece útil testar os modelos existentes a fim de, cientificamente, averiguar seu potencial de adaptabilidade para amostras brasileiras e posteriormente realizar as modificações

**Tabela 1.** Estágios motivacionais segundo o modelo transteórico.

| Estágio          | Características  | Abordagem terapêutica  |
|------------------|--|--|
| Pré-contemplação | A pessoa sequer consegue identificar que tenha um problema. Não apresenta a intenção de mudar o comportamento nos próximos seis meses*. Os pré-contempladores tendem a ser identificados em exames médicos de rotina.  | Levantar dúvidas, fazer com que a pessoa possa aumentar sua percepção dos problemas causados pelo comportamento atual.       |
| Contemplação     | A pessoa já tem alguma consciência do problema e está pensando seriamente em mudar o comportamento nos próximos seis meses. Aqui a marca mais importante é o alto nível de ambivalência apresentado. A mudança passa a ser tanto considerada quanto rejeitada. | Buscar as razões para a mudança, os riscos de não mudar, fortalecer a crença do paciente sobre as possibilidades da mudança. |
| Determinação     | Existe a intenção de mudar o comportamento em um futuro próximo, geralmente no próximo mês. Desenvolve-se um plano para concretizar a mudança.   | Auxiliar o paciente a definir a forma mais apropriada de conseguir obter as mudanças que deseja.                             |
| Ação             | Houve mudanças significativas no estilo de vida dentro dos últimos seis meses. Existe engajamento em ações significativas na busca da mudança.   | Ajudar o paciente rumo à mudança.  |
| Manutenção       | Menor possibilidade de recaída e aumento na confiança de que pode continuar seu processo de mudança.   | Auxiliar o paciente a identificar estratégias de prevenção à recaída.  |

\* É utilizado o padrão de seis meses porque se considera que este é o futuro mais distante no qual as pessoas planejam mudanças específicas para comportamentos-problema.

Fontes: Prochaska et al. (1992); Velicer, Rossi, Prochaska e DiClemente (1996); Velicer et al. (1998); Miller (1998); Miller e Rollnick (2001).

necessárias e estruturar uma teoria que reflita mais precisamente as características de nossa população.

O modelo transteórico vem gerando outros estudos brasileiros, especialmente com amostras de alcoolistas (Oliveira, Laranjeira, Araújo, Camilo & Schneider, 2003; Figlie, Dunn & Laranjeira, 2004).

O objetivo principal desta pesquisa foi analisar a relação entre os estágios motivacionais, os sintomas de depressão e ansiedade e a gravidade da dependência em indivíduos internados por dependência de cocaína. As características do consumo de cocaína desta mesma amostra podem ser encontradas em Orsi, Kessler, Pechansky, Araújo, Oliveira e Souza (2004).

## Método

A amostra foi obtida por conveniência, pela seleção e pelo tempo, nas internações de três unidades especializadas no tratamento da dependência química na cidade de Porto Alegre, sendo elas um hospital (n=33; 47,1%) e uma clínica (n=32; 45,7%) particulares, e um hospital estadual (n=5; 7,1%). A amostra foi constituída por 70 indivíduos de ambos os sexos, sendo 81,4% (n=57) homens e 18,6% (n=13) mulheres. A média de idade foi 28,67 anos (sd=8,12; 16-44 anos).

Foram utilizados os seguintes critérios de inclusão:

- Internação por dependência segundo critérios da CID-10 (Organização Mundial de Saúde, 1993), que era a referência utilizada pelas equipes dos locais de coleta dos dados. No caso de serem referidas outras substâncias de abuso ou dependência além da cocaína, os sujeitos foram incluídos na amostra se afirmavam ser a cocaína sua droga de preferência e se consideravam ser a dependência desta a razão para a sua atual internação.

- Escolaridade mínima: quinta série do ensino fundamental (conforme as orientações de Cunha, 2001, para a administração do Beck Depression Inventory (BDI) e do Beck Anxiety Inventory (BAI) em amostras brasileiras).

- Não possuir diagnóstico de transtornos orgânicos cerebrais.

- Não ter apresentado sintomas psicóticos durante a internação.

## Instrumentos

1. Entrevista Inicial Estruturada: adaptada da Entrevista Inicial proposta por Oliveira (2000), teve por finalidade a coleta dos dados sociodemográficos (Tabela 2).

2. Escala de Intensidade da Dependência de Cocaína (EIDC), (Washton, 1991).

3. Inventário de Depressão de Beck (BDI) e Inventário de Ansiedade de Beck (BAI): validados por Cunha (2001).

4. *University of Rhode Island Change Assessment Scale* (URICA): escala desenvolvida por McCaughy, Prochaska e Velicer (1983), da Universidade de Rhode Island (EUA), que tem por objetivo avaliar a motivação para a mudança que o sujeito apresenta no momento da sua administração. É constituída por 32 itens (afirmações), divididos em quatro subescalas de oito itens cada uma, que indicam os estágios motivacionais homônimos: pré-contemplação, contemplação, ação e manutenção.

O sujeito deve considerar o quanto está ou não de acordo com cada uma das afirmações, pontuando de 1 (discordo totalmente) a 5 (concordo totalmente) em uma escala de tipo Likert.

É importante lembrar que, em função da dinamicidade atribuída aos estágios motivacionais, cada sujeito obterá pontuação (mínima de oito pontos e máxima de 32 pontos) em todos os estágios, sendo possível identificar os estágios que estão predominando no momento da entrevista.

Essa escala ainda não está validada no Brasil para amostras de usuários de cocaína, embora esteja sendo utilizada e validada para amostras de alcoolistas (Figlie, 1999; Oliveira, 2000).

O objetivo deste estudo não foi estudar a escala em si, no entanto cabe citar o Coeficiente Alfa de Cronbach calculado para cada uma das subescalas: 0,666 pré-contemplação, 0,748 contemplação, 0,807 ação, 0,613 manutenção. Esses valores foram considerados estatisticamente significativos, considerando-se que a escala ainda não foi validada para a amostra em questão.

## Resultados

Através da divisão em quartis da EIDC (dependência mínima 0 a 9 pontos; leve 10 a 19 pontos; moderada 20 a 28 pontos e grave mais de 28 pontos), encontrou-se que 11 sujeitos (15,7%) possuíam dependência leve, 38 (54,3%) moderada e 21 (30,0%) grave.

A média do escore total obtido na escala de ansiedade (BAI) foi de 11,39 pontos (dp=10,12; 0-51), correspondente a uma ansiedade de intensidade leve. Na escala de depressão, a média obtida foi de 17,31 pontos (dp=10,72; 0-50), refletindo também uma intensidade leve dos sintomas de depressão.

Quanto à avaliação da motivação para a mudança, os valores obtidos nas subescalas da URICA foram: pré-contemplação: média=17,03 (dp=4,69; 8-34); contemplação: média=35,63 (dp=3,69; 25-40); ação: média=35,10 (dp=4,23; 21-40); manutenção: média=33,33 (dp=4,22; 18-41).

**Tabela 2.** Características sociodemográficas da amostra.

| Características sociodemográficas da amostra |                               | n     | %    |
|--|-------------------------------|-------|------|
| Escolaridade                                 | Ensino fundamental incompleto | 14    | 20,0 |
|  | Ensino fundamental completo   | 14    | 20,0 |
|  | Ensino médio incompleto       | 11    | 15,7 |
|  | Ensino médio completo         | 14    | 20,0 |
|  | Ensino superior incompleto    | 15    | 21,4 |
|  | Ensino superior completo      | 2     | 2,9  |
| Estado civil                                 | Solteiro                      | 53    | 75,7 |
|  | Casado/Vive com companheiro   | 11    | 15,7 |
|  | Separado/Divorciado           | 6     | 8,6  |
| Com quem vive                                | Pais                          | 41    | 58,6 |
|  | Cônjuge                       | 17    | 24,3 |
|  | Outros familiares             | 6     | 8,6  |
|  | Sozinho                       | 6     | 8,6  |
| Ocupação atual                               | Cargos operacionais           | 28    | 40,6 |
|  | Desempregado                  | 23    | 32,9 |
|  | Estudante                     | 11    | 15,9 |
|  | Aposentado                    | 3     | 4,3  |
|  | Autônomo                      | 3     | 4,3  |
|  | Cargos administrativos        | 1     | 1,4  |
| Renda Pessoal                                | Não possui renda              | 28    | 40,0 |
|  | Até 2 salários mínimos        | 14    | 20,0 |
|  | De 2 a 5 salários mínimos     | 12    | 17,1 |
|  | Acima de 5 salários mínimos   | 16    | 22,9 |
| Total  | 70                            | 100,0 |      |

A Tabela 3 mostra os Coeficientes de Correlação de Pearson (r) obtidos através da utilização do escore bruto de pontuação dos sujeitos em cada uma das quatro subescalas da URICA em função dos escores totais da EIDC, do BAI e do BDI.

Encontrou-se correlação direta significativa, porém fraca, entre a gravidade da dependência e o estágio de manutenção.

Além disso, foi calculado também o Coeficiente de Correlação de Pearson entre o escore total da EIDC e os escores totais do BAI e do BDI (Tabela 4).

Observa-se uma correlação direta moderada e significativa entre os sintomas de depressão e ansiedade e a gravidade da dependência de cocaína, bem como entre os sintomas de depressão e os de ansiedade. Isso sugere que os sujeitos mais dependentes da cocaína eram também os que tinham sintomas mais intensos de depressão e ansiedade. Além disso, os sujeitos com mais sintomas de depressão tendiam a ter mais intensos sintomas de ansiedade.

**Tabela 3.** Coeficiente de Correlação de Pearson (r) entre os escores totais das subescalas da URICA e os escores totais da EIDC, do BAI e do BDI.

| Estágios Motivacionais (URICA) | EIDC (r) | BAI (r) | BDI (r) |
|--------------------------------|----------|---------|---------|
| Pré-contemplação               | -0,123   | 0,091   | 0,004   |
| Contemplação                   | 0,085    | 0,039   | 0,010   |
| Ação                           | 0,123    | 0,003   | 0,047   |
| Manutenção                     | 0,274*   | 0,212   | 0,232   |

\*Correlação significativa ao nível de significância de 5% ( $p < 0,05$ ).

Notas: URICA = *University of Rhode Island Change Assessment Scale*; EIDC = *Escola de Intensidade da Dependência de Cocaína*; BAI = *Beck Anxiety Inventory*; BDI = *Beck Depression Inventory*.

**Tabela 4.** Coeficiente de Correlação de Pearson (r) entre escores totais da EIDC, do BAI e do BDI.

|      | EIDC (r) | BAI (r) | BDI (r) |
|------|----------|---------|---------|
| EIDC | 1,000    |         |         |
| BAI  | 0,404**  | 1,000   |         |
| BDI  | 0,511**  | 0,525** | 1,000   |

\*\*Correlação significativa ao nível de significância de 1% ( $p < 0,01$ ).

Notas: EIDC = *Escola de Intensidade da Dependência de Cocaína*; BAI = *Beck Anxiety Inventory*; BDI = *Beck Depression Inventory*.

## Discussão e Conclusão

Inicialmente, é importante salientar que a amostra de conveniência de pacientes que foram selecionados para esse estudo consiste basicamente de homens (81,4%), solteiros (75,7%), e grande parte deles sem renda pessoal (40,0%), que se internaram devido aos problemas relacionados à dependência da cocaína. Assim, as conclusões sugeridas nesse estudo podem ser generalizadas com cautela apenas para outras populações de usuários de cocaína internados sob o mesmo formato.

A média de idade da amostra desse estudo (28,67 anos) é bem próxima à da amostra de 237 usuários de cocaína em tratamento de Ferri (1999), que coletou seus dados na cidade de São Paulo (26,4 anos). No entanto, ambas se diferenciam do estudo de Gorelick (1992), que entrevistou 45 dependentes de cocaína internados em um grande hospital psiquiátrico dos Estados Unidos. Na amostra americana, a média de idade foi de 35 anos.

As diferenças podem estar relacionadas ao fato de que na amostra desse estudo existem sujeitos bastante jovens, a idade mais baixa é de 16 anos, enquanto na amostra americana é de 22 anos. Outros dados das duas amostras brasileiras se assemelham: a maioria dos sujeitos é constituída de homens (90,3% da amostra de Ferri e 81,4% da amostra desse estudo) e o fato de estarem desempregados (42,4% da amostra de Ferri e 32,9% da amostra desse estudo) (Ferri, 1999).

Contudo, as amostras parecem diferir em relação ao grau de escolaridade. Na amostra de Ferri (1999), 79,8% dos sujeitos completaram o ensino fundamental; na amostra desse estudo, esse número cai para 40,0%. Já em relação aos que completaram o ensino médio, esses foram 13,1% da amostra de Ferri e 20,0% da amostra desse estudo; e em relação aos que chegaram ao ensino superior, na amostra de Ferri foram 7,2% e na amostra desse estudo 24,3%.

Essas diferenças podem estar relacionadas à diferença no número de sujeitos entrevistados, mas o fato de ambas as amostras possuírem dados coletados tanto em instituições públicas como privadas pode também refletir diferenças regionais.

Além disso, parece interessante o fato de que apenas 8,6% dos participantes da nossa amostra moravam sozinhos anteriormente à internação. De acordo com Carroll e Rounsaville (1992), a possi-

bilidade de buscar tratamento é significativamente maior para aqueles sujeitos que moram com outras pessoas, em função da pressão exercida por elas.

Assim, fica evidente o grave prejuízo social demonstrado nas características dessa amostra. Em sua maior parte são sujeitos adultos, desempregados, que moram com seus pais e, mesmo tendo conseguido alcançar o ensino superior, não o concluíram. Ou seja, são sujeitos em idade produtiva, sem problemas de saúde incapacitantes, que vivem uma situação de exclusão que os coloca realmente à margem da sociedade.

Essas características refletem os níveis de intensidade da dependência da cocaína, majoritariamente moderado e grave, o que é coerente com Carroll e Rounsaville (1992), que afirmam que a busca por tratamento tende a acontecer nos níveis mais altos da dependência de cocaína.

Quanto aos sintomas de depressão e ansiedade, é importante lembrar que este estudo não teve por objetivo a avaliação das comorbidades psiquiátricas nos sujeitos internados por dependência de cocaína. Assim, os instrumentos utilizados não fornecem esse tipo de diagnóstico, mas avaliam a intensidade de sintomas de depressão e ansiedade.

As médias dos escores do BAI e do BDI indicam a presença de sintomas leves de ansiedade e depressão nessa amostra, embora tenham ocorrido casos de sintomas mínimos e também alguns casos de gravidade dos sintomas. Ressalta-se que nesse estudo foram seguidas as orientações de Husband, Marlowe, Lamb, Iguchi, Bux, Kirby e Platt (1996), que sugerem que a avaliação da intensidade dos sintomas de depressão e ansiedade em sujeitos em tratamento para dependência de cocaína seja feita, no mínimo, uma semana após o início do tratamento. Essa orientação é feita em função das grandes modificações no humor decorrentes desse período, provavelmente devidas aos efeitos não específicos da entrada no tratamento por si só, ainda não se considerando qualquer tipo de intervenção inerente a ele. Além disso, esses mesmos autores referem que, quando o sujeito ingressa em um tratamento para dependência química, normalmente se encontra desgastado devido ao seu estilo de vida, assim, a chegada a um ambiente protegido tende a fazer com que a intensidade de seus sintomas de ansiedade e depressão diminua.



Já Carroll, Power, Bryant e Rounsaville (1993) sugerem que o período de abstinência da cocaína esteja significativamente associado a sintomas psiquiátricos menos severos e também a escores mais baixos no BDI.

Ambas as considerações acima são coerentes com os resultados do presente estudo, que encontrou valores médios referentes a sintomas leves de depressão e ansiedade, considerando, contudo, que a exacerbação desses sintomas possa ocorrer após a alta hospitalar devido à maior facilidade de buscar a droga e o retorno ao convívio com usuários conhecidos.

Antes de apresentarmos os resultados referentes à avaliação da motivação para a mudança, cabem algumas considerações sobre as peculiaridades da escala utilizada para a mensuração dos estágios motivacionais.

Na verdade, as dificuldades encontradas em nosso estudo em relação à URICA estão bastante coerentes com as encontradas em publicações anteriores que utilizaram esse instrumento. As principais dificuldades são comentadas a seguir:

- Tendo sido inicialmente criada para a utilização com pacientes em psicoterapia, a URICA se refere “ao problema” da pessoa de uma forma geral, não mencionando dificuldades específicas a uma determinada substância. Se por um lado esse formato genérico possibilitou o uso dessa escala em diferentes problemas: álcool (DiClemente & Hughes, 1990), heroína, tabaco e cocaína (Abellanas & McLellan, 1993), por outro lado não se pode desconsiderar a falta de especificidade da escala para a mensuração da motivação para a mudança de uma população específica (Rosembloom, 1991). Isso tem se refletido na grande variação de perfis motivacionais que aparecem através da análise de *clusters*, método utilizado por alguns autores, nas diferentes amostras estudadas, nem sempre demonstrando uma correlação adequada ao modelo transteórico (Carey, Purnine, Maisto & Carey, 1999).

- A evidência fatorial da validade da URICA tem sido variável. Assim como McConaughy et al. (1983) e McConaughy, DiClemente, Prochaska e Velicer (1989) conseguiram confirmar a presença das quatro subescalas da URICA por meio da análise fatorial,

outros estudos como o de Belding, Iguchi e Lamb (1996) e outros dois estudos não publicados citados por ele não conseguiram encontrar claramente as subescalas propostas.

O presente estudo também não conseguiu, uma vez que foram encontradas médias e medianas muito semelhantes nos estágios de contemplação, ação e manutenção, todas se diferenciando apenas do estágio da pré-contemplação. O mesmo ocorreu com o estudo de Abellanas e McLellan (1993). De fato, de acordo com Carey et al. (1999), a interpretação da escala em termos de distintos estágios tem sido problemática, uma vez que os respondentes geralmente apresentam elementos dos vários estágios simultaneamente.

Neste estudo, a média dos escores dos sujeitos em cada uma das subescalas da URICA se assemelhou bastante ao estudo de Siegal, Li, Rapp e Saha (2001), que avaliou a motivação para a mudança a partir da URICA em uma amostra de 235 usuários de cocaína em tratamento. As médias obtidas no início do tratamento foram: 12,79 na subescala da pré-contemplação; 36,28 na contemplação; 35,00 na ação e 31,27 na manutenção. Considerando a diferença no tamanho da amostra, podemos perceber que essas médias não diferem muito daquelas obtidas em nosso estudo (pré-contemplação: 17,03; contemplação: 35,63; ação: 35,10 e manutenção 33,33). Ou seja, o escore de pré-contemplação é mais baixo se comparado aos escores das outras escalas, embora possa ser considerado alto em se tratando de uma amostra de indivíduos internados por dependência da cocaína. Os escores de contemplação, ação e manutenção mostram valores igualmente relevantes.

Esses dados parecem bastante importantes quando se leva em conta a elaboração de modelos de tratamento mais eficazes para essa população, já que é preciso que se estructurem estratégias terapêuticas focadas não apenas em pacientes que estão predominantemente no estágio da ação (como era de se esperar em indivíduos em tratamento), mas também naqueles que ainda não têm claro para si as razões para evocar uma mudança de comportamento, embora já estejam procurando tratamento (pré-contemplativos e contemplativos).

Isso confirma que o fato de buscar tratamento não necessariamente significa uma motivação para a

mudança do comportamento-problema, e se é assim, estratégias terapêuticas focadas unicamente nas possibilidades de ação tendem a ser pouco eficazes. Logo, mesmo em uma internação para a dependência química, as estratégias voltadas para o estado da pré-contemplação e da contemplação fazem-se extremamente necessárias. Parece não ser suficiente que o sujeito conheça as razões pelas quais seus companheiros desejam modificar o comportamento, e os danos que esse lhes causou. É necessário que ele possa encontrar as suas razões próprias para evocar essa mudança e esteja convicto delas. Talvez uma das tarefas terapêuticas mais difíceis seja, exatamente, ajudar o paciente a fazer com que a “balança” pese mais para o lado da mudança. Não se pode subestimar a importância desse fato para sujeitos internados.

Este estudo tinha a hipótese de que a gravidade de dependência da cocaína e a intensidade de sintomas de ansiedade e depressão estariam correlacionadas com os estágios motivacionais. Contudo, encontrou-se que apenas o estágio de manutenção parece estar correlacionado a uma maior gravidade da dependência. Isso sugere que sujeitos que já fizeram mudanças no comportamento-problema e agora buscam mantê-las sejam, nesta amostra, os que possuíam maior dependência de cocaína.

Além disso, embora não se tenha obtido correlações matematicamente significativas entre os estágios motivacionais e os sintomas de depressão e ansiedade, não se pode deixar de discutir a tendência à significância obtida entre o estágio da manutenção e os sintomas depressivos. Esse resultado sugere que aqueles sujeitos que já haviam realizado mudanças no seu comportamento de consumir cocaína e buscavam mantê-las eram os que possuíam sintomas de depressão mais intensos no período de internação. Possivelmente esses sujeitos estivessem um tanto “decepcionados” com eles próprios devido ao aparente insucesso das tentativas anteriores no sentido de interromper definitivamente o consumo.

No entanto, a presença de sintomas de ansiedade e depressão não parece estar relacionada a uma maior motivação para mudança. Esse resultado difere do estudo de Nwakeze et al. (2002), no qual a motivação para a mudança foi avaliada em termos de

reconhecimento do problema, desejo de ajuda e prontidão para o tratamento. Nesse estudo encontraram-se correlações altamente significativas entre os sintomas depressivos e cada uma dessas dimensões de motivação. Assim, os mais deprimidos estavam também mais prontos para o tratamento, desejavam mais ajuda e reconheciam mais seus problemas.

Porém, não se pode descartar o fato de que talvez realmente não exista uma relação entre uma maior gravidade de dependência e a motivação para a mudança, nem entre os sintomas de ansiedade e depressão e a motivação para a mudança.

Com isso, estaríamos afirmando que o fato de alguém estar, por exemplo, muito deprimido ou ansioso possa agir a favor de uma mudança de comportamento. Isso por que talvez o sujeito possa estar desenvolvendo esses sintomas ao refletir sobre os problemas causados pelo uso da droga e considerar a possibilidade de mudança. Mas esses sintomas podem agir também contra a mudança, já que podem estar associados a sentimentos importantes de desesperança frente à vida e à incapacidade de manejar a situação.

Igualmente, um sujeito com grave dependência da droga tanto pode estar motivado para mudar seu comportamento por causa da percepção dos danos que a droga causou em sua vida ao longo do tempo de uso, como também pode não conseguir imaginar uma vida sem a droga, já que o consumo passou a ser parte inerente ao seu estilo de vida.

Deve-se considerar ainda a importante correlação obtida entre os escores de gravidade da dependência de cocaína e os sintomas de depressão e ansiedade nos sujeitos de nossa amostra. Parece que os sujeitos com escores mais altos na EIDC apresentaram também escores mais altos no BDI e no BAI. Esse resultado é corroborado por Kasarabada, Anglin, Khalsa-Denison, Paredes (1998), que encontraram que a gravidade do uso de cocaína estava fortemente associada à intensidade dos sintomas de depressão e ansiedade e ao envolvimento em atividades ilegais.

Tudo isso leva a crer que em um programa de internação para tratamento da dependência de cocaína, a avaliação individual e aprofundada do



paciente é essencial e que, apesar das intervenções grupais serem de grande valia, não se pode descartar a importância das intervenções individuais, já que podem ser focadas no estágio de motivação para a mudança do indivíduo, levando-se em consideração seus sintomas psiquiátricos e a gravidade de sua dependência.

Quanto às limitações desse estudo, considera-se que o número de sujeitos foi pequeno frente à população de sujeitos internados por dependência de cocaína na cidade de Porto Alegre. Além disso, a amostra foi obtida por conveniência, enquanto uma amostra aleatória poderia ter sido mais representativa da realidade. Considera-se também que a utilização de instrumentos ainda não validados para amostras de dependentes de cocaína compromete, em certo sentido, a generalização dos resultados para a população em questão.

No entanto, como a URICA vem sendo bastante utilizada clinicamente, por se tratar de um instrumento relativamente conhecido por profissionais da área da dependência química, esperamos que este estudo possa apontar algumas dificuldades da utilização desse tipo de escala.

Acreditamos na construção coletiva da ciência; parece-nos que a soma de esforços na averiguação de modelos teóricos existentes e de sua adaptabilidade à realidade brasileira vai fazer com que, futuramente, possamos não apenas estruturar modelos teóricos nacionais, mas especialmente desenvolver estratégias de tratamento muito mais adequadas às necessidades de nossa população e, portanto, muito mais eficazes.

## Referências

- Abellanas, L., & McLellan, A. T. (1993). "Stage of change" by drug problem in concurrent opioid, cocaine and cigarette users. *Journal of Psychoactive Drugs*, 25 (4), 305-313.
- Allsop, S., Saunders, B., Phillips, M., & Carr, A. (1997). A trial of relapse prevention with severely dependent male problem drinkers. *Addiction*, 92 (1), 61-74.
- Belding, M. A., Iguchi, M. Y., & Lamb, R. J. (1996). Stages of change in methadone maintenance: assessing the convergent validity of two measures. *Psychology of Addictive Behaviors*, 10, 157-166.
- Carey, K. B., Purnine, D. M., Maisto, S. A., & Carey, M. P. (1999). Assessing readiness to change substance abuse: a critical review of instruments. *Clinical and Psychological Science Practice*, 6, 245-266.
- Carlini, E. A., Galduróz, J. C., Noto, A. R., Nappo, S. A., Lima, E., & Adiala, J. C. (1995). Revisão: perfil de uso da cocaína no Brasil. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 44 (6), 287-303.
- Carlini, E. A., Nappo, S. A., & Galduróz, J. C. (1993). A cocaína no Brasil ao longo dos últimos anos. *Revista ABP-APAL*, 15 (4), 121-127.
- Carroll, K. M., & Rounsaville, B. J. (1992). Contrast of treatment-seeking and untreated cocaine abusers. *Archives of General Psychiatry*, 49 (6), 464-471.
- Carroll, K. M., Power, M. E., Bryant, K., & Rounsaville, B. J. (1993). One-year follow-up status of treatment-seeking cocaine abusers. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 181 (2), 71-79.
- Cunha, J. A. (2001). *Manual da versão em português das Escalas Beck*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- DiClemente, C. C., & Hughes, S. O. (1990). Stages of change profiles in outpatient alcoholism treatment. *Journal of Substance Abuse*, 2 (2), 217-235.
- Ferri, C. P. (1999). *Cocaína: padrão de consumo e fatores associados à procura de tratamento*. Tese de doutorado não-publicada, Universidade Federal de São Paulo.
- Figlie, N. B. (1999). *Motivação em alcoolistas tratados em ambulatório específico para alcoolismo e em ambulatório de gastroenterologia: dados do projeto piloto*. Dissertação de mestrado não-publicada, Universidade Federal de São Paulo.
- Figlie, N. B., Dunn, J., & Laranjeira, R. (2004). Estrutura fatorial da Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES) em dependentes de álcool tratados ambulatorialmente. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 26 (2), 224-239.
- Galduróz, J. C., Noto, A. R., Nappo, S. A., & Carlini, E. A. (1999). **I Levantamento domiciliar nacional sobre o uso de drogas psicotrópicas. Parte A: estudo envolvendo as 24 maiores cidades do Estado de São Paulo**. São Paulo: Fapesp.
- Gorelick, D. A. (1992). Progression of dependence in male cocaine addicts. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 18 (1), 13-19.
- Husband, S. D., Marlowe, D. B., Lamb, R. J., Iguchi, M. Y., Bux, D. A., Kirby, K. C., & Platt, J. J. (1996). Decline in self-reported dysphoria after treatment entry in inner-city cocaine addicts. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64 (1), 221-224.
- Joe, G. W., Simpson, D. D., & Broome, K. M. (1999). Retention and patient engagement models for different treatment modalities in DATOS. *Drug and Alcohol Dependence*, 57 (2), 113-125.
- Kasarabada, N. D., Anglin, M. D., Khalsa-Denison, E., & Paredes, A. (1998). Variations in psychosocial functioning associated with patterns of progression in cocaine-dependent men. *Addictive Behaviors*, 23 (2), 179-189.
- Kludt, C. J., & Perlmutter, L. (1999). Effects of control and motivation on treatment outcome. *Journal of Psychoactive Drugs*, 31 (4), 405-414.

- McConaughy, E. A., Prochaska, J. O., & Velicer, W. F. (1983). Stages of change in psychotherapy: measurement and sample profiles. *Psychoterapy: Theory, Research & Practice*, 20, 368-375.
- McConaughy, E. A., Di Clemente, C. C., Prochaska, J. O., & Velicer, W. F. (1989). Stages of change in psychotherapy: a follow-up report. *Psychoterapy*, 26, 494-503.
- Miller, W. R. (1998). Why do people change addictive behavior? The 1996 H. David Archibald Lecture. *Addiction*, 93 (2), 163-172.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2001). *Entrevista motivacional: preparando as pessoas para a mudança de comportamentos adictivos*. Porto Alegre: Artmed.
- Nappo, S. A., Noto, A. R., Galduróz, J. C., & Carlini, E. A. (2001). Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas. *Boletim [on-line serial]*, 44. Disponível em: [www.cebrid.org](http://www.cebrid.org)
- Nwakeze, P. C., Magura, S., & Rosenblum, A. (2002). Drug problem recognition, desire for help and treatment readiness in a soup kitchen population. *Substance Use and Misuse*, 37 (3), 291-312.
- Oliveira, M. S. (2000). *A eficácia da intervenção motivacional em dependentes de álcool*. Tese de doutorado não-publicada, Universidade Federal de São Paulo.
- Oliveira, M. S., Laranjeira, R., Araújo, R., Camilo, R. L., & Schneider, D. (2003). Estudo dos estágios motivacionais em sujeitos adultos dependentes do álcool. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 16 (2), 265-270.
- Orsi, M. M., Kessler, F., Pechansky, F., Araújo, R., Oliveira, M. S., & Souza, A. C. (2004). Características do uso de cocaína em indivíduos internados em unidades de tratamento de Porto Alegre. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 53 (6), 351-358.
- Prochaska J. O., & DiClemente C. C. (1982). Transtheoretical therapy: toward a more integrative model of change. *Psychoterapy: Theory, Research and Practice*, 20, 161-173.
- Prochaska, J. O., DiClemente, C. C., & Norcross, J. C. (1992). In search of how people change. *American Psychologist*, 47 (9), 1102-1114.
- Rosenbloom, D. (1991). *A transtheoretical analysis of change among cocaine users*. Unpublished doctoral dissertation, University of Rhode Island (EUA).
- Siegal, H. A., Li, L., Rapp, R. C., & Saha, P. (2001). Measuring readiness for change among crack cocaine users: a descriptive analysis. *Substance Use and Misuse*, 36 (6-7), 687-700.
- Sufuoglu, M., Brown, S., Babb, D. A., & Hatsukami, D.K. (2001) Depressive symptoms modulate the subjective and physiological response to cocaine in humans. *Drug and Alcohol Dependence*, 63 (2), 131-137.
- Velicer, W. F., Prochaska, J. O., Fava J. L., Norman, G. J., & Redding, C. A. (1998). Smoking cessation and stress management: applications of the Transtheoretical Model of behavior change. *Homeostasis*, 38, 216-233.
- Velicer, W. F., Rossi, J. S., Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1996). A criterion measurement model for health behavior change. *Addictive Behaviors*, 21 (5), 555-584.
- Washton, A. M. (1991). *Cocaine addiction: treatment, recovery and relapse prevention*. New York: Norton & Company.

Recebido em: 28/3/2005  
 Versão final reapresentada em: 12/8/2005  
 Aprovado em: 8/9/2005